Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

**Bezoekadres:**
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

**Ons kenmerk**
3291449-1021005-PDC19

**Bijlagen**
1

**Uw brief**
29 november 2021

*Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.*

Datum 6 januari 2022
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het lid Agema (PVV) over de brief Overwegingen 1G (2021Z21856 29 november 2021).

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Hugo de Jonge

Antwoorden op Kamervragen van het lid Agema (PVV) over de brief Overwegingen 1G (2021Z21856 ingezonden 29 november 2021).

Vraag 1
Bent u bekend met uw brief 'Reactie op de motie van het lid Bikker c.s. over 1G uitwerken in verschillende modaliteiten' d.d. 24 november jl.? 1)

Antwoord vraag 1
Ja.

Vraag 2
Bent u bekend met de passage: *"De modellering van het OMT laat zien dat 1G weliswaar effectiever is dan 3G, maar minder effectief dan 2G. Hierbij gaat het om de relatieve effectiviteit, te weten – de kans op minder besmettingen of ziekenhuisopnames afgezet tegen 3G binnen een Ctb-setting. 1G reduceert - in Ctb-settings waar dit wordt toegepast bij een dwarsdoorsnede van de Nederlandse bevolking - het aantal nieuwe besmettingen ten opzichte van 3G met maximaal 35% in dit model. En ook ziekenhuisopnames met maximaal 35%. Voor 2G is dat respectievelijk 50% en 82%. Het verschil tussen 1G en 2G zit met name in de vatbaarheid van mensen op de locatie aldus het OMT. Deze waardes zijn afhankelijk van vaccineffectiviteit en testsensitiviteit. Wanneer de testsensitiviteit veel hoger zou zijn, dan zouden zowel 3G als 1G effectiever worden. 1G is volgens dit model effectiever dan 2G voor het voorkomen van ziekenhuisopnames bij een sensitiviteit van de testen van 88% of hoger. En effectiever voor het voorkomen van besmettingen bij een sensitiviteit van 69% en hoger.*
*Deze hogere sensitiviteit kan bereikt worden met PCR- testen die maximaal 24 uur voor de start van de activiteit afgenomen zijn."*

Antwoord vraag 2
Ja.

Vraag 3
Klopt het dat voor de modellering van de coronatoegangsbewijs (CTB)-modaliteiten gerekend is met een 20 keer kleinere kans op ziekenhuisopname voor een dubbel gevaccineerde? Zo nee, kunt u dit uitleggen?

Vraag 4
Of klopt het dat er gerekend is met een 4x kleinere kans dan een 20 keer kleinere kans? Zo nee, kunt u dit uitleggen? 2)

Vraag 5
Klopt het dat u inmiddels rekent met een 12,5 keer kleinere kans op ziekenhuisopname voor een dubbel gevaccineerde? 3)

Vraag 6
Klopt het dat u inmiddels rekent met een 7 keer kleinere kans op ziekenhuisopname voor een dubbel gevaccineerde 65-plusser?

Antwoord vraag 3, 4, 5 en 6
Bij het 130$^{e}$ OMT-advies is een bijlage gevoegd over de effectiviteit van het coronatoegangsbewijs. In dat model wordt gerekend met vaccineffectiviteit tegen ziekenhuisopnames van 94% (95% BI 93-95%, vergelijkbaar met een 20 keer kleinere kans). Deze aanname is gebaseerd op een studie van het RIVM over de

periode van 4 april tot en met 29 augustus 2021[1]. In mijn antwoord op Kamervragen over het 130e OMT-advies[2], heb ik aangegeven dat er in het model van de TU Delft sprake was van een onderschatting van een conditionele kans, die door de onderzoekers is gecorrigeerd. Dat is niet het geval bij de modellering van het OMT.

In de brief aan de Eerste Kamer wordt verwezen naar een studie van het RIVM[3] over de periode van 20 september tot 14 november. In die periode heeft het RIVM de vaccineffectiviteit tegen ziekenhuisopnames berekend op 92% (95% BI 91-93%, vergelijkbaar met een 12,5 keer kleinere kans). In diezelfde rapportage was de vaccineffectiviteit tegen ziekenhuisopnames 86% (95% BI 84-87%, vergelijkbaar met een 7 keer kleinere kans) bij mensen van 70 jaar en ouder. In die rapportage wordt geen uitsplitsing gemaakt naar de effectiviteit voor de groep boven de 65.

Vraag 7
Klopt het dat België inmiddels rekent met een 3 keer kleinere kans op ziekenhuisopname voor een dubbel gevaccineerde 65-plusser?

Antwoord vraag 7
Ik ben niet bekend met de kans waar in de vraag naar wordt verwezen.

Vraag 8
Begrijpt u dat het niet kan dat u voor uw onderbouwing voor wetgeving rekent met cijfers die een momentopname zijn?

Vraag 9
Zo nee, begrijpt u dat als u als u voor uw onderbouwing voor wetgeving rekent met cijfers die een momentopname zijn, dat die cijfers dan op zijn minst actueel (hooguit twee weken oud) moeten zijn tijdens de wetsbehandeling?

Antwoord vraag 8 en 9
Het is duidelijk dat de vaccineffectiviteit over tijd afneemt, vooral in het tegengaan van besmettingen. Dat betekent dat de cijfers regelmatig geüpdatet moeten worden. Ik ben niet van mening dat die update maximaal twee weken oud mag zijn, maar streef ernaar de meest actuele cijfers te gebruiken in de onderbouwing.

Vraag 10
Bent u bereid de CTB-modaliteiten opnieuw door te laten rekenen op basis van een 12,5 keer kleinere kans op ziekenhuisopname voor een dubbel gevaccineerde? Zo nee, waarom niet?

Antwoord vraag 10
In mijn brief aan uw Kamer over de stand van zaken COVID-19 van 14 december[4], heb ik gemeld dat de TU Delft nieuw onderzoek verricht naar de effectiviteit van de verschillende modaliteiten van het CTB. In dat onderzoek worden ook verschillende aannames voor de vaccineffectiviteit meegenomen. Ik

---

[1] De Gier et al. (2021), 'COVID-19 vaccine effectiveness against hospitalizations and ICU admissions in the Netherlands, April- August 2021', *MedRxiv*, zie: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.09.15.21263613v1
[2] Antwoorden op Kamervragen over 130e OMT-advies en kabinetsreactie
[3] RIVM (18 november 2021), Effectiviteit van COVID-19 vaccinatie tegen ziekenhuis en intensive-care-opname in Nederland (opnames 11 juli – 14 november 2021), zie: https://www.rivm.nl/documenten/effectiviteit-van-covid-19-vaccinatie-tegen-ziekenhuis-en-intensive-care-opname-in-0
[4] Kamerbrief met stand van zaken COVID-19 (december 2021)

streef ernaar dat onderzoek begin 2022 met uw Kamer te delen, voor de behandeling van de wetsvoorstellen over de bredere inzet van het coronatoegangsbewijs en 2G.

Vraag 11
Zijn er meer cijfers gebruikt in de modellering voor de CTB-modaliteiten die een momentopname zijn?

Vraag 12
Welke cijfers zijn er nog meer gebruikt voor de modellering van deze CTB-modaliteiten?

Antwoord vraag 11 en 12
In een bijlage bij het 130e OMT-advies, worden de volgende aannames genoemd voor de ineffectiviteit van een gemiddeld persoon boven de 12:

1. Het aandeel gevaccineerden en recent geïnfecteerden onder nieuwe infecties: 54,2%
2. De vaccineffectiviteit tegen transmissie: 50%.
3. De testsensitiviteit van de gebruikte antigeentest: 59%.

Om de vatbaarheid van een gemiddeld persoon vanaf 12 jaar te bepalen, worden de volgende cijfers gebruikt:

4. Het aandeel gevaccineerden en recent geïnfecteerden in de algemene bevolking 12+: 80,2%.
5. De vaccineffectiviteit tegen infectie: 70%.
6. De vaccineffectiviteit tegen ziekenhuisopname: 94%.

De cijfers die het OMT gebruikt in haar modellering, zijn aannames op basis van de meest recente en relevante studies. Er wordt regelmatig onderzoek verricht naar de effectiviteit van vaccins en de gebruikte testen, en waar nodig worden de nieuwste inzichten meegenomen in de adviezen.

Vraag 13
Bent u bekend met de onderzoeken uit Israël en het Verenigd Koninkrijk (VK) waaruit blijkt dat gevaccineerden even besmettelijk zijn als ongevaccineerden, en in het VK zelfs besmettelijker? Zo nee, waarom bent u niet bekend met de laatste stand van de wetenschap?

Antwoord vraag 13
De onderzoeken waar vermoedelijk naar wordt verwezen, hebben aangetoond dat besmette gevaccineerde mensen een vergelijkbare *peak viral load* (piek in de hoeveelheid virusdeeltjes) hebben als ongevaccineerde besmette mensen bij de op dat moment dominante virusvarianten. Dat betekent echter niet dat gevaccineerde mensen even besmettelijk zijn. Ten eerste is de kans dat gevaccineerden überhaupt besmet worden, kleiner dan de kans bij niet-gevaccineerden (zie ook de aannames in het antwoord op vraag 11 en 12). Daarnaast neemt de *viral load* bij gevaccineerden sneller af dan bij ongevaccineerden, waardoor ze minder lang besmettelijk zijn. Gevaccineerden raken dus minder vaak besmet en zijn vervolgens ook minder besmettelijk.

Het OMT is in het 134e advies[5] ook ingegaan op de actuele situatie aan de hand van de omikronvariant. Vaccinatie en doorgemaakte infectie lijken vooralsnog weinig bescherming te bieden tegen de omikronvariant. Daarbij adviseert het OMT om 'tijd te kopen' voor de boostercampagne, om de verspreiding van de omikronvariant te vertragen en de uitgangspositie van de zorg te verbeteren.

[5] Advies VWS nav OMT 134 met aanpassing

Mede op basis van dat advies heeft het kabinet ervoor gekozen zaterdag 18 december nieuwe maatregelen aan te kondigen.

Vraag 14
Is voor de modellering van de CTB-modaliteiten gerekend met een 75% lagere kans op besmetting door een dubbel gevaccineerde?

Antwoord vraag 14
Zie het antwoord op vraag 11 en 12.

Vraag 15
Bent u bereid de CTB-modaliteit opnieuw te laten doorrekenen, waarbij alle gebruikte cijfers geactualiseerd zijn tot ten hoogste de laatste twee weken? Zo nee, waarom niet?

Antwoord vraag 15
Zie het antwoord op vraag 10.

Vraag 16
Kan de Kamer de geactualiseerde modellering van de CTB-modaliteiten ontvangen voor de wetsbehandelingen over de uitbreiding van het coronatoegangsbewijs en 2G?

Antwoord vraag 16
Zie het antwoord op vraag 10.

Vraag 17
Kunt u deze vragen beantwoorden alvorens de wetsbehandelingen over de uitbreiding van het coronatoegangsbewijs en 2G in de Tweede Kamer plaatsvinden?

Antwoord vraag 17
Ja.

1) Kamerstuk 25295, nr. 1534.
2) Maurice de Hond, 24 november 2021, 'De fata Morgana van het 2G Rendement'.
3) Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 19 november 2021, 'Beantwoording Commissiebrief EK inzake Verzamelbrief met vragen over Covid-19-maatregelen'.